N° 44.

17.

Quels sont les caractères des calculs de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien ?

Quelle est la structure du derme ?

Quels sont les symptômes, la marche et le traitement de l'inflammation des parties molles qui entourent l'œil ?

Du diagnostic des fièvres intermittentes pernicieuses.

QUESTIONS DE THÈSE

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 18 MAI 1838,

PAR

A.-J.-B. MERLANE,

de LAGARDE (ARRIÈGE),

Membre du Cercle médical de Montpellier,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL aîné, Imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1838

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE,	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
....	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, *Suppléant.*	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR, Prés^{t}.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY, *Examinateur.*
DELMAS.
VAILHE.
BOURQUENOD, *Suppléant.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHE.
BERTRAND.
POUZIN, *Examinateur.*
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

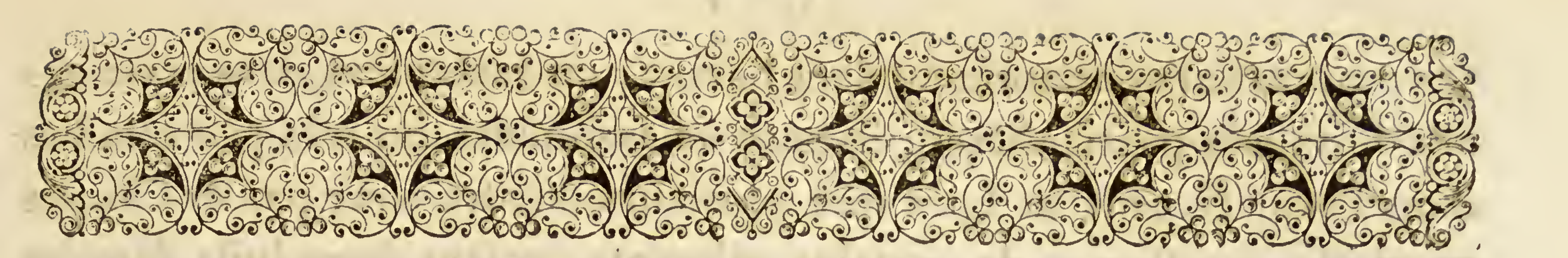
A la plus chérie des Mères.

Amour, respect, reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

Dévouement.

MERLANE.



SCIENCES ACCESSOIRES.

Quels sont les caractères des calculs de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien?

Les calculs sont des concrétions inorganiques accidentellement formées dans le corps des animaux, et principalement dans les conduits et organes excréteurs.

On les rencontre dans les intestins, dans le foie, la vésicule du fiel et le canal cholédoque, dans l'appareil urinaire, les voies lacrymales, les conduits salivaires, les articulations, les poumons, le pancréas, la rate, la prostate, et jusque dans les vésicules séminales.

Suivant qu'ils se trouvent dans l'un ou l'autre de ces endroits, ils sont dits intestinaux, biliaires, urinaires, etc. Chez l'homme les premiers sont très-rares, mais ils s'observent fréquemment dans les animaux et sont particulièrement connus alors sous le nom de *bézoards*. Les seconds ne sont pas communs; mais ceux de l'appareil urinaire ont surtout occupé les médecins, à cause de leur fréquence et des accidents graves que leur présence fait naître.

Les matériaux qui entrent dans la composition des calculs vésicaux,

se rencontrent constamment dans l'urine, ou seulement dans certaines circonstances particulières; ils sont ou insolubles ou très-peu solubles dans l'eau. Il peut se faire que plusieurs d'entre eux, par des causes morbides ou l'usage de certains aliments, soient introduits dans les urines en trop grande quantité pour que ce liquide les dissolve; alors ils se déposent peu à peu, et forment un noyau autour duquel de nouvelles portions viennent s'ajouter pour le grossir. Le point d'origine de ces concrétions est multiple; elles peuvent commencer à se développer dans les reins ou dans la vessie. Celles que l'on rencontre dans les uretères ne sont guère que des calculs rénaux trop gros pour descendre dans la cavité vésicale. Il arrive quelquefois aussi que quelque corps étranger, engagé dans la vessie, sollicite la précipitation d'une ou de plusieurs des substances qui abondent dans l'urine.

Pour débarrasser les malades de ces calculs urinaires, on a proposé des dissolvants plus ou moins difficiles à administrer; et comme ceux-ci doivent varier selon la composition chimique des premiers, on a été conduit à analyser les calculs que l'on a recueillis pour reconnaître les divers matériaux qui entrent dans leur formation.

D'après les recherches de Vauquelin, Fourcroy et Wollaston, les calculs urinaires peuvent être formés par huit substances différentes: 1° l'acide urique; 2° l'urate d'ammoniaque; 3° l'oxide cystique; 4° l'oxalate de chaux; 5° la silice; 6° le phosphate ammoniaco-magnésien; 7° le phosphate de chaux; 8° la matière animale.

Il arrive souvent que ces matériaux ne composent pas, chacun exclusivement, un calcul; ils sont mélangés entre eux, ou forment des couches plus ou moins distinctes les unes des autres; aussi M. Orfila a-t-il décrit treize espèces de concrétions différentes, suivant qu'elles renferment ces substances seules ou mêlées.

Je n'ai à m'occuper ici que des caractères des calculs de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Phosphate de chaux. Les premiers sont en couches concentriques minces et friables; ils sont blancs et opaques, sans odeur ni saveur.

Quelque pur qu'il paraisse, le phosphate de chaux calculeux, suivant Fourcroy, est toujours uni à une matière gélatineuse analogue à celle des os; c'est pour cette raison qu'il noircit et se charbonne quand on le chauffe fortement; il répand alors une odeur de corne brûlée très-manifeste. Si on le traite par l'eau bouillante, une partie de la gélatine se dissout. Il est insoluble dans les alcalis. L'acide sulfurique le décompose avec dégagement de chaleur, et forme du sulfate de chaux épais comme un magma. Les acides nitrique et hydro-chlorique le dissolvent très-bien.

Phosphate ammoniaco-magnésien. Le phosphate ammoniaco-magnésien dans les calculs est en couches lamelleuses très-dures; il est blanc et demi-transparent; sa saveur est fade et douceâtre; il ne contient pas une aussi grande quantité de gélatine que le phosphate de chaux; cependant il noircit quand on le chauffe, et se dissout dans l'eau, peu abondamment à la vérité, mais assez pour qu'une évaporation fasse cristalliser la dissolution. Si on le traite par la potasse, il est décomposé, l'ammoniac se dégage, la magnésie est précipitée, et il se forme du phosphate de potasse soluble dans l'acide sulfurique.



ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelle est la structure du derme?

Le corps humain, dans les points où il doit se trouver en contact avec des substances étrangères à l'organisme, se trouve tapissé, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, par une membrane qui a reçu le nom de tégumentaire, sorte de limite entre l'être et le milieu qu'il habite. La membrane tégumentaire ne présente pas, comme d'autres surfaces membraneuses, un seul tissu élémentaire; elle est regardée comme très-complexe dans sa texture; mais ce qui en forme la portion fondamentale, c'est le derme, dont nous avons à nous occuper ici. Nous avons pensé qu'une seule et même membrane constituait le système tégumentaire interne ou muqueux et le tégumentaire externe (dermoïde de Bichat). En effet, ils se continuent l'un avec l'autre, sans interruption aucune, au niveau des ouvertures naturelles, et les modifications qu'ils présentent ne sont que des circonstances accessoires qui n'altèrent jamais assez le type primitif pour qu'on l'y méconnaisse. Il existe une solidarité de leurs fonctions dans l'état physiologique, et les phénomènes pathologiques se montrent bien souvent avec solidarité de souffrances. Placés dans des circonstances particulières, ils se transforment l'un dans l'autre, en sorte que la peau peut devenir muqueuse, et la muqueuse présenter l'identité la plus parfaite avec la peau.

Le derme constitue la base du système cutané interne (muco-derme de Blainville), comme du système cutané externe (chorio-derme du même auteur).

Nous ne nous occuperons que de ce dernier, et nous comprendrons dans son étude les trois éléments compris par Bichat sous le nom de système dermoïde. Car, ainsi que l'ont admis Béclard et Meckel, le corps papillaire et le réseau vasculaire lui appartiennent, et ne doivent pas être séparés dans l'examen anatomique.

La membrane dermoïde, proportionnée dans son étendue à la surface extérieure du corps, s'applique aux parties sous-jacentes, de manière à répéter leurs saillies et leurs enfoncements les plus distincts. Faisant donc abstraction des portions qui la composent, nous lui distinguerons une surface extérieure et une surface intérieure.

Surface externe. Cette face, essentiellement vasculaire et nerveuse, est le siége du toucher et du tact ; elle est recouverte par l'épiderme et une substance semi-fluide, désignée sous le nom de corps muqueux de Malpighi, dont l'existence a été niée par Bichat. On y découvre des plis de plusieurs ordres : 1° les uns résultent de l'action de certains muscles très-adhérents au derme et perpendiculaires à la direction de leurs fibres: de ce genre sont les rides transversales du front, déterminées par l'épicrânien ; 2° d'autres tiennent aussi à l'action des organes locomoteurs, mais diffèrent des précédents en ce qu'ils ne s'opèrent pas par l'action des muscles sous-cutanés, mais correspondent aux brisures du squelette : tels sont ceux que l'on remarque autour des articulations des doigts, au coude-pied dans la flexion, etc. ; 3° des impressions appartenant aux papilles dermoïdes se font remarquer surtout à la plante des pieds et à la paume des mains, où elles représentent des séries linéaires diversement configurées ; 4° le derme présente enfin des replis qui dépendent de ce que, dans certains points, il a été soumis à la distension, et que, la cause matérielle de cette distension n'existant plus, il n'a pas eu assez de force, d'élasticité vitale, de contractilité de tissu pour revenir sur lui-même ; ici se

rangent les rides de vieillesse, les plis de l'abdomen après les grossesses, et la disparition des hydropisies.

Surface interne. Elle est en rapport avec le tissu cellulaire souscutané, qui concourt, ainsi que les aponévroses, à la séparer des muscles volontaires dans quelques points du corps. Cependant, chez l'homme, elle est en contact immédiat avec le tissu musculaire, qui, étendu çà et là en lames membraniformes, représente les vestiges du pannicule charnu des mammifères; on retrouve ces débris rudimentaires dans l'occipito-frontal, le peaucier du cou, le palmaire cutané. La plupart des muscles de la face peuvent être regardés, dans certaines portions de leur étendue, comme des organes analogues. D'après Osiander, la peau serait entièrement musculaire à sa couche profonde, et le pannicule charnu serait, chez l'homme, représenté par une modification de la fibre dans ce point. A cette disposition l'on devrait attribuer la contractilité musculaire appelée *chair de poule.*

Texture. Le tissu dermoïde se compose du chorion, du corps papillaire et du corps réticulaire.

Chorion. Charpente de l'organe cutané, il représente une trame fibreuse traversée de part en part par des ouvertures aréolaires. Ces vacuoles résultent de l'entrecroisement des fibres qui laissent de distance en distance des espaces vides. Cet entrecroisement est très-évident à la plante des pieds et à la paume des mains, où les fibres sont très-apparentes et les aréoles plus multipliées; mais dans d'autres points, au coude-pied, au dos de la main, au front par exemple, les fibres ne peuvent pas être distinguées. Le derme présente une épaisseur variable selon l'âge et le sexe; elle est moindre chez la femme et chez l'enfant que chez l'homme adulte; mais cette épaisseur varie aussi sur le même individu selon les régions que l'on examine, et il est digne de remarque qu'en même temps qu'elle diminue on voit diminuer et disparaître la forme aréolaire et fibreuse. Les aréoles du derme présentent un cône creux, ouvert à son sommet, qui est tourné

vers l'extérieur, et correspond par sa base au tissu cellulaire sous-cutané. La direction de ces cônes est oblique, et Bichat les a comparés pour cela au mode d'abouchement des uretères dans la vessie ; aussi les poils qui traversent ces ouvertures sont constamment dirigés d'une manière oblique. De plus, elles donnent passage aux ramifications nerveuses qui vont s'épanouir dans les papilles, et aux divisions des vaisseaux dont l'épanouissement constitue le corps réticulaire. Dans la plus grande partie de son étendue, le chorion est libre et glisse facilement sur les parties sous-jacentes ; mais dans certains endroits, sur la ligne médiane de l'abdomen, à la nuque, à la paume de la main, il devient adhérent et se confond avec le tissu cellulo-fibreux qu'il recouvre.

Le derme est blanc, et la coloration extérieure de la peau a son siége dans le corps muqueux ; la teinte rosée ou rouge qu'elle prend dans quelques circonstances, soit physiologiques, soit pathologiques, provient de l'afflux sanguin dans le réseau vasculaire.

Corps papillaire. On désigne sous ce nom des éminences hémi-sphériques qui s'élèvent de la surface externe du chorion et vont aboutir par leur sommet à l'épiderme, sous lequel on les voit se désunir. Ces papilles sont rougeâtres, d'une sensibilité exquise, et la plupart des anatomistes lui accordent une texture éminemment nerveuse ; elles reçoivent de nombreuses ramifications des vaisseaux qui traversent le chorion. Quelques-uns prétendent avoir disséqué les filets nerveux jusque dans leur épaisseur ; mais ils s'y trouvent si déliés et dans un tel état de fusion avec les autres éléments organiques, que Bichat n'a pu les y suivre. Nous pensons que le corps papillaire présente de grandes analogies avec les tissus érectiles. Les endroits où il se trouve le plus développé sont ceux qui jouissent à un haut degré de la sensibilité et de la puissance tactile : au premier rang se placent la paume des mains, le mamelon et les lèvres.

Corps réticulaire. Bichat, qui niait l'existence du réseau muqueux de Malpighi, suppose que cet illustre anatomiste avait décrit à tort une

espèce d'enduit placé sous l'épiderme, et avait regardé comme tel les ramifications vasculaires de la surface du derme ; il n'y aperçut qu'un réseau capillaire très-délié, dont l'injection lui démontra la continuité avec les vaisseaux sous-dermoïdes : c'est ce tissu vasculaire à grandes anastomoses, que nous désignons sous le nom de corps réticulaire. Quant au corps muqueux dont nous n'avons pas à nous occuper ici, nous le regardons comme une substance de sécrétion ne jouissant pas de la vie, diversement colorée selon les races, ne différant pour nous de l'épiderme qu'en ce que ce dernier est solidifié par la dessiccation.

Le tissu du derme subit, dans les lieux qu'occupent les ongles, une légère modification. Ici il n'offre pas d'aréole ; il est plus mou, plus épais, et ses fibres sont longitudinales et parallèles. Dans le point correspondant au corps de l'ongle, il est plus vasculaire ; il est, au contraire, pâle et décoloré dans la partie que recouvre la lunule de cette appendice.

Bichat avait signalé comme traversant les aréoles dermoïdes, les vaisseaux exhalants qui fournissent la sueur ; mais les injections les plus soignées n'ont pu démontrer leur réalité. Ce qu'il y a de positif, c'est que chez certains animaux où la texture aréolaire du derme n'est point percevable, le chien, le loup par exemple, la perspiration cutanée n'existe pas. Dans l'échelle animale, le derme s'encroûte quelquefois de sel calcaire, et forme un test (tatou) chez quelques reptiles (serpents) ; il est si extensible que ces animaux peuvent avaler des proies qui présentent le double du volume de leur corps.

Le tissu dermoïde une fois détruit peut se reproduire, mais avec des formes nouvelles. On n'y trouve plus qu'une trame cellulo-fibreuse, base de toute cicatrice. Le corps papillaire ne se forme jamais accidentellement.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quels sont les symptômes, la marche et le traitement de l'inflammation des parties molles qui entourent l'œil?

Ayant à traiter des parties molles qui environnent le globe oculaire, nous croyons devoir nous borner à décrire les phlegmasies des paupières et des tissus compris entre l'œil et l'orbite. Quant à la conjonctive, rangée par Haller au nombre des *tutamina oculi*, elle nous paraît appartenir d'une manière trop immédiate au bulbe de l'œil pour que son étude morbide trouve ici sa place. Nous n'avons pas non plus à nous occuper de l'inflammation du sac, des points et des conduits lacrymaux; et si nous abordons l'examen de la phlegmasie de la glande lacrymale, c'est qu'elle donne lieu à des symptômes qui se rapprochent assez de ceux que nous offre la phlogose des parties molles post-oculaires.

INFLAMMATION DES PAUPIÈRES.

Dans le tissu palpébral comme dans tous les autres tissus de l'économie, l'inflammation peut être simple, franche, et se montrer le fait principal qui doit diriger le médecin dans l'emploi des moyens thérapeutiques; mais aussi elle se trouve fréquemment liée et subordonnée

à des affections générales dont il faut tenir compte. Ici se rangent les inflammations des paupières sous l'influence des diathèses scrophuleuse, syphilitique, etc.

L'inflammation peut avoir son siége dans toute l'épaisseur des paupières, n'affecter que la portion cutanée de cet organe, ou bien se développer plus spécialement dans les follicules de Meïbomius.

INFLAMMATION DE TOUTE L'ÉPAISSEUR DES PAUPIÈRES.

Cette maladie a été désignée sous les noms d'*ophthalmie palpébrale, blépharite, blépharophthalmie.* Ses causes sont variées: tantôt elle est le résultat de lésions physiques; tantôt elle se développe sous l'influence de constitutions atmosphériques changeantes; tantôt enfin, comme les autres inflammations, elle survient à la suite de la disparition de flux habituels sanguins, purulents, ou succède à des phlegmasies brusquement rétrocédées.

On voit d'abord se développer, au niveau du bord libre des paupières, une tumeur rosée qui ne tarde point à devenir d'un rouge vermeil. Cette tumeur gagne de proche en proche, en s'irradiant vers la circonférence palpébrale adhérente; mais elle s'arrête à ses limites et ne dépasse pas le rebord orbitaire. A cette époque, l'intumescence circonscrite détermine le rapprochement des paupières et l'occlusion de leur ouverture. Cette intumescence appartient surtout à la paupière supérieure plus étendue que l'inférieure à l'état normal; elle est le siége d'un mouvement pulsatif fortement ressenti par le malade; à chaque mouvement qu'exécutent les muscles palpébraux, celui-ci éprouve la sensation de corps armés de pointes qui sillonneraient la surface oculaire. L'irritation propagée aux voies lacrymales et au nez détermine une éternuement douloureux, qui s'accompagne de la vision de faisceaux d'une lumière rouge intense: ce dernier symptôme a été désigné sous le nom de *photopsie.* Pendant les premiers jours, la sécrétion lacrymale et celle de l'humeur de Meïbomius sont entièrement suspendues; à une période plus avancée de la maladie, elles sont, au contraire, plus abondantes que dans l'état normal.

Lorsque l'inflammation est très-intense, elle détermine des phénomènes réactionnels caractérisés par de la céphalalgie sus-orbitaire et les symptômes communs des fièvres inflammatoires.

Si la blépharite se termine par résolution, les symptômes locaux et généraux s'amendent peu à peu et finissent par disparaître entièrement; mais le plus souvent persiste après la cessation des accidents inflammatoires un peu d'œdème des paupières.

Lorsque la blépharophthalmie tend vers la suppuration, il s'opère des changements dans la paupière, qui sont les suivants : la couleur rouge vermeille devient plus pâle, un peu violacée ; le sentiment pulsatif augmente; la tumeur présente une forme conique, à son centre se manifeste une auréole jaune, et la peau s'ouvrant dans ce point laisse au pus une libre issue.

On voit quelquefois survenir la gangrène dans les paupières enflammées, soit par le fait de la violence de l'inflammation, soit qu'elle résulte d'un état particulier de l'individu et de l'action de causes générales. La perte de substance plus ou moins considérable que détermine la mortification, peut s'étendre à tout l'organe. Les accidents qui peuvent en être la conséquense, sont : la *lagophthalmie* ou œil de lièvre, et le renversement des paupières.

Au début, et si la phlegmasie est locale, on appliquera sur la partie malade les réfrigérants, les substances astringentes comme médication abortive; mais, l'inflammation une fois bien déclarée, on aura recours aux topiques émollients (cataplasmes de pulpes de pomme, fomentation avec la décoction de graines de lin, collyres émollients, etc.) et aux anti-phlogistiques. On ne doit jamais appliquer les sangsues sur les paupières elles-mêmes, mais sur les tempes et les apophyses mastoïdes. Une réaction générale intense nécessitera la phlébotomie. Les pédiluves simples ou sinapisés sont encore d'un emploi très-avantageux. Si tous ces moyens n'ont pu empêcher la phlegmasie de venir à suppuration, on insistera sur les émollients et on laissera la tumeur s'abcéder elle-même, à moins qu'une douleur trop vive et une tension considérable n'indiquent son ouverture au moyen de la lancette. Dans ce cas,

on devra faire l'incision parallèle à la direction des fibres de l'orbiculaire. Il reste quelquefois, après l'ouverture de ces abcès, des trajets fistuleux qui nécessitent des injections irritantes ou de nouvelles incisions.

Dans le courant de la maladie, les dérivatifs sur le tube intestinal sont indiqués; on leur associera, dans l'état chronique, les vésicatoires à la nuque ou aux tempes. Lorsqu'il y a eu gangrène et qu'elle s'est bornée, on doit tenir les paupières tendues et fermées au moyen des emplâtres agglutinatifs pour favoriser le développement des bourgeons charnus et d'une cicatrice aussi peu resserrée que possible.

INFLAMMATION ÉRYSIPÉLATEUSE DES PAUPIÈRES.

Elle reconnaît des causes analogues à la précédente; elle résulte souvent de l'action du froid, de la suppression de la sueur, et des piqûres d'insectes. Rarement isolée, elle se lie d'ordinaire à l'érysipèle de la face. Lorsqu'elle est simple, elle se présente sous la forme d'une tumeur non circonscrite, moins volumineuse que dans la blépharite complète; sa coloration est d'un rouge pâle, un peu jaunâtre, légèrement translucide, disparaissant par la pression. Les parties voisines sont fréquemment œdématiées. La douleur n'est pas pulsative, mais tensive; la tumeur est le siége d'une chaleur âcre et d'un prurit intolérable; on y remarque souvent des phlyctènes; elle se termine ordinairement par résolution avec desquamation de l'épiderme. Quelquefois la gangrène s'y développe, si le dard de l'insecte est resté dans la plaie. La suppuration est fort rare, et les symptômes fébriles nuls ou peu intenses d'ordinaire. Très-souvent l'inflammation se dissipe par le seul emploi des moyens hygiéniques. Du reste le traitement est le même que pour les cas précédents. Un vomitif produit des résultats avantageux, si l'érysipèle est sous l'influence d'une complication gastrique bilieuse.

INFLAMMATION DES GLANDES PALPÉBRALES.

On désigne sous cette dénomination et sous celles de *lippitudo, blé-*

pharoblennorhée la phlegmasie du bord libre des paupières, qui affecte plus spécialement les follicules sécréteurs de la chassie. Le bord des paupières est tuméfié, d'un rouge foncé, agglutiné avec le bord correspondant, surtout le matin, par une matière qui est très-remarquable à l'angle interne et recouvre quelquefois la face cutanée des paupières dans une portion de son étendue. Il y a quelquefois en même temps sécrétion de larmes plus denses qu'à l'ordinaire, très-salées et très-âcres qui donnent lieu à des excoriations de la joue. Le bord libre des paupières est lui-même excorié et présente alors des éraillements ou des fissures. Si le malade regarde un corps lumineux, il le voit entouré d'une auréole irisée, résultat de la réfraction que les rayons éprouvent par la sécrétion condensée autour des cils. S'il ouvre brusquement les yeux, il aperçoit sur les objets des ramifications arborescentes grisâtres, qui sont l'effet du mucus disséminé en séries linéaires à la surface de l'œil : c'est ainsi que l'a dit Weller, comme si l'on examinait un liquide un peu dense, qui, comprimé entre deux plaques de verre, y laisserait des intervalles entièrement transparents.

Le bord palpébral présente quelquefois des pustules fendillées auxquelles on a donné le nom de *sycosis*, par la comparaison qu'on en a faite avec une figue entr'ouverte. Cet état morbide peut donner lieu à des altérations diverses, parmi lesquelles nous signalerons le trichiasis ou déviation des cils, l'ankiloblépharon, l'oblitération des points lacrymaux, et par suite un épiphora incurable. On a rapproché de cette maladie l'ophthalmie puriforme des nouveau-nés. Ses causes sont celles de l'ophthalmie en général, mais plus spécialement l'action des poussières irritantes, d'une atmosphère imprégnée de fumée de tabac, et les écarts de régime.

Dans la première période, on conseille les topiques froids ; dans la seconde, Demours vante l'application des sangsues sur le bord libre des paupières. Lorsque la maladie passe à l'état chronique, les collyres dans lesquels on fait entrer des substances astringentes, telles que l'oxide de zinc combiné avec les opiacés, amènent d'heureux résultats. On emploie aussi avec succès la pommade de Janin et la pommade de

deutoxide de mercure. On a retiré des effets avantageux de l'application du collyre caustique de Lanfranc.

Nous signalerons, en passant, l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané qui recouvrent le sac lacrymal, que l'on a désignée sous le nom d'*œgilops érysipélateux.*

ORGEOLET

L'orgeolet (χριθη) est un furoncle des paupières; on le remarque bien plus souvent à la supérieure qu'à l'inférieure. Beer ne l'a rencontré que chez des individus adonnés aux boissons alcooliques. Demours l'a regardé comme annonçant quelquefois l'éruption des menstrues ou l'apparition des crises. Sa marche est souvent chronique ; on en a vu durer un an et plus.

INFLAMMATION SIMPLE DE L'ORBITE.

Weller donne ce nom à la phlegmasie des parties molles comprises entre l'orbite et le globe de l'œil. Cette inflammation résulte rarement de causes traumatiques; quelquefois cependant des corps étrangers, introduits entre le bulbe oculaire et la cavité qui le contient, l'ont provoquée. Elle est souvent consécutive à l'inflammation de l'œil lui-même, et dans le plus grand nombre des cas elle se développe sans cause facilement appréciable.

Le malade éprouve un sentiment de tension et de chaleur dans la partie profonde de l'œil; la conjonctive est injectée, et l'influence de la lumière vive augmente les symptômes ; la pression sur le globe oculaire et sur le contour de l'orbite est difficilement supportée ; il se déclare de la fièvre et de la céphalalgie sus-orbitaire très-intense. Au bout de quelques jours, la douleur primitivement tensive devient pulsative ; l'œil se trouve repoussé en avant (exophthalmie); il y a par instants vision de flammes d'un rouge pourpre et sillonnant l'organe visuel avec

la rapidité de l'éclair (photopsie). Plus tard il se déclare à la circonférence de la sclérotique, mais surtout inférieurement, une tumeur arrondie, annulaire, qui soulève et décolle la conjonctive ; cette tumeur est fluctuante ; la membrane offre dans ce point une coloration d'un rouge jaunâtre ; si on ne l'ouvre au moyen de l'instrument tranchant, elle s'ulcère dans un point de son étendue et donne issue à du pus. Souvent après s'établit une fistule qui fournit pendant un temps plus ou moins considérable le produit de la suppuration. Ce dernier résultat se manifeste surtout dans les cas où le périoste ayant participé à l'inflammation s'est trouvé détruit ; cette membrane ne pouvant alors, dans les points où elle a disparu, transmettre à l'os qu'elle tapissait le réseau vasculaire qui la parcourt, il s'établit une nécrose.

Tels sont les phénomènes que nous offre l'inflammation simple de l'orbite dans les où cas elle se borne à cette cavité ; mais fréquemment aussi elle se propage aux parties voisines. Dans certaines circonstances, l'œil affecté dans toute son épaisseur est le siége d'une ophthalmie interne très-grave ; d'autres fois c'est vers les méninges et le cerveau que la maladie s'étend ; alors se développent du délire, des convulsions, des spasmes, le coma et autres symptômes des inflammations encéphaliques.

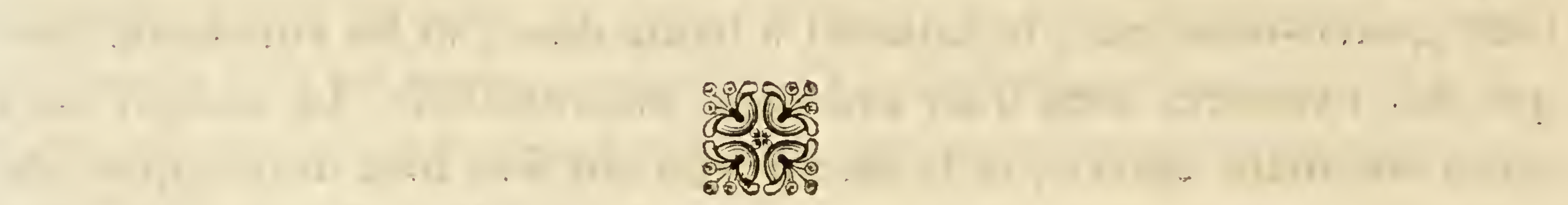
Au début de l'inflammation, le traitement anti-phlogistique doit être employé avec énergie ; à une époque plus reculée, les révulsifs sur le tube gastro-intestinal, le calomel à haute dose, et les rubéfiants ainsi que les exutoires sont d'un avantage incontestable. Le malade sera mis à une diète sévère, et la fluctuation une fois bien développée, on pratiquera une ponction à la partie la plus déclive. Malgré tous ces moyens et lorsque la mort ne survient pas, il arrive très-fréquemment que le patient se trouve privé de la faculté de voir, au moins de l'œil affecté. Il s'établit des adhérences entre le globe oculaire qui se trouve reporté au fond de l'orbite et les parties voisines, et l'atrophie s'en empare.

DACRYADÉNITE.

L'inflammation de la glande lacrymale produit des résultats qui se

rapprochent assez des précédents pour que nous en fassions une mention succincte : céphalalgie sus-orbitaire et temporale, exophthalmie dans laquelle l'œil se trouve repoussé en dedans et en bas ; enfin, suppuration et saillie de la conjonctive. Il y a d'abord suspension de la sécrétion des larmes, qui reparaissent abondantes et corrosives lorsque la phlogose diminue. Ce sont surtout les paquets de tissu cellulaire qui qui isolent les grains glanduleux (Acini), qui sont affectés.

Les muscles de l'œil ne peuvent-ils par s'enflammer isolément comme les diverses portions du système musculaire qui se rencontrent dans les autres régions de l'économie ? Bien que nous n'ayons trouvé nulle part la description de cette maladie, nous croyons par induction à son existence, et nous pensons qu'il y aurait dans ces cas strabisme ; car l'œil serait porté dans le sens de l'action du muscle phlogosé, par cette loi générale que toutesles fois qu'un muscle s'enflamme, les parties auxquelles il s'insère se placent dans un état qui favorise son relâchement.



SCIENCES MÉDICALES.

Du diagnostic des fièvres intermittentes pernicieuses.

Si, dans le plus grand nombre des cas, la fièvre intermittente est très-facile à distinguer d'une fièvre rémittente ou continue par une apyrexie complète et par la cessation de tous les symptômes, il n'en est pas de même toujours, surtout pour les fièvres pernicieuses à type intermittent. Ici, en effet, il y a une atteinte si forte portée à la constitution, que l'intervalle des accès devient moins sensible dans une foule de circonstances, et que ceux-ci peuvent bien aisément être pris pour des redoublements.

Une nouvelle source d'erreurs provient encore de ce que, dans les pernicieuses intermittentes, la souffrance d'un organe devient quelquefois tellement prédominante, qu'il appelle à lui l'attention tout entière du praticien. Et cet organe affecté réellement se trouve, lors de l'intermission de l'accès primitif ou proprement dit, la cause d'un mouvement fébrile réactionnel. Que de soins alors ne faut-il pas pour rejeter l'idée de rémittence ou même de continuité !

Exposons d'abord les faits les plus simples, avant d'aborder l'étude des faits complexes auxquels nous conduiront les premiers.

La fièvre intermittente pernicieuse succède quelquefois à la fièvre

intermittente bénigne ; alors les accès prennent un caractère de gravité remarquable ; leurs périodes n'offrent plus la régularité qu'elles présentaient d'abord, il y a toujours quelque chose d'anormal; le stade de froid se fait remarquer, ou par une très-courte durée, ou par une longueur excessive; ordinairement le frisson qu'éprouve le malade est des plus vifs. Le stade de chaleur manque assez souvent, ou bien se trouve obscurci, masqué par des symptômes locaux qui partent d'un organe important. Ces symptômes avaient quelquefois existé au commencement des accès simples; mais ici ils sont devenus si intenses, il y a eu une telle exaspération dans leur acuité et leur marche, que l'état général devient moins saillant. Rarement la sueur est-elle aussi complète que dans les intermittentes bénignes ; elle est souvent froide et n'est pas toujours générale. Cependant, malgré la gravité de ces phénomènes, l'accès terminé, le malade peut quelquefois reprendre ses travaux, et dans des cas rares c'est à peine s'il éprouve un léger malaise ; mais le plus souvent, surtout lorsque déjà se sont manifestés deux ou trois fois les retours fébriles, la douleur locale persiste, très-grave et très-redoutable dans l'intervalle.

Torti donne comme deux moyens de diagnostiquer une fièvre pernicieuse, les signes suivants : 1° un symptôme topique, local, d'abord caché et ne se montrant qu'en raccourci au premier accès, s'élève tout d'un coup à un état de gravité et d'acuité alarmant ; 2° le pouls, quoiqu'en apparence plein et développé dans certaines circonstances, se déprime facilement et n'offre aucune résistance symptomatique.

Dans les cas douteux, on sera mis sur la voie par l'époque de l'année, le lieu où s'est développée la maladie, par des faits observés sur d'autres malades à la même époque, si l'affection est régnante.

On peut tirer, d'après Bailly, de grands secours de l'examen du *facies;* rarement, d'après lui, exprime-t-il au plus fort d'un accès un état d'angoisse aussi considérable que dans une fièvre continue ; les traits sont moins contractés, moins grippés dans le premier cas. Des symptômes d'une gravité que l'on considère fréquemment comme funeste dans une fièvre disparaissent ou s'amendent considérablement l'accès

terminé ; de ce nombre sont le coma profond, l'insensibilité, la cardialgie intolérable, etc.

L'heure à laquelle s'exaspèrent les symptômes dans les exemples où la marche intermittente de la maladie est masquée, peut être d'une grande utilité; ainsi la plupart des quotidiennes ont leur accès le matin, des tierces à midi, des quartes à trois ou à quatre heures; au contraire, les fèvres continues ont presque toutes leur redoublement le soir. Si le type est double-tierce, il y aura un accès qui se rapprochera assez des intermittentes bénignes pour éclairer suffisamment le praticien.

Les fièvres intermittentes pernicieuses, lors même qu'elles durent depuis longtemps (ce qui est rare, car elles tuent souvent au troisième ou au quatrième accès), n'amènent pas un amaigrissement rapide comme les fièvres continues.

La langue offre, dans beaucoup de cas, des colorations, une sécheresse qui annoncerait un état morbide du tube digestif; mais son examen est d'une utilité si peu réelle dans l'étude du mal qui nous occupe, que les médecins qui ont observé les intermittentes pernicieuses pendant la campagne de Rome, ne se donnent seulement pas la peine de la regarder.

La douleur est variable comme l'état de l'organe lingual ; on l'a vue ne pas s'exagérer pendant l'accès, et ne paraître même quelquefois que pendant l'état apyrétique.

L'urine dans les fièvres intermittentes est assez limpide; au fond du vase se dépose d'ordinaire une couche peu épaisse de fragments rouges en forme de paillettes. Le quinquina est enfin une sorte de pierre de touche, dont l'administration, dans les positions compliquées et très-douteuses, ne peut manquer de jeter du jour sur la vraie nature de l'état pathologique.

De plus, chaque fièvre intermittente pernicieuse offre des moyens particuliers de diagnostic, selon que l'affection s'est portée sur tel point de l'économie ou tel autre. Ces fièvres nommées *comitatœ* ont été divisées par Torti en sept espèces principales : 1° la cholérique ou dysentérique, 2° l'hépatique ou atrabilaire, 3° la cardialgique, 4° la

pernicieuse avec sueur froide (il a de plus dénommé ces quatre premières *colliquativæ*), 5° la syncopale, 6° l'algide, 7° la soporeuse apoplectique. (Ces trois dernières sont dites par le même auteur *coagulativæ*

Depuis l'illustre médecin de Modène, on en a admis d'autres espèces, telles que la convulsive, la délirante, l'utérine, la vésicale, la rhumatismale, la péripneumonique, etc. Enfin, on a fondu dans une seule les divisions multiples qu'il avait établies ; ainsi Boisseau, dans sa *Pyréthologie physiologique* réunit les fièvres pernicieuses, cholériques, dysentériques, hépatiques et cardialgiques dont il ne fait qu'une espèce.

Les noms ajoutés à ces maladies indiquent la prédominance du symptôme topique qui n'est que consécutif, mais peut s'élever à un haut degré d'acuité. Nous ne pensons pas avoir à décrire chacune de ces variétés morbides.

FIN.